ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE



KRAKÓW

ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 4 (21). Rocznik II. Kraków, 26. 1. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer—Pressekonto przy Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie“, Kraków, Krupnicza 11a. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Część redakcyjna: Rękopisy należy nadsyłać w języku niemieckim i polskim. Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ:

Z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

Szczepienia ochronne przeciw durowi osutkowemu

Napisał: Dr. R. Wohlrab, kierownik Działu Duru Osutkowego Państw. Zakładu Higieny w Warszawie.

Dla dania naszym Czytelnikom szczegółowego poglądu o obecnym stanie zwalczania duru osutkowego w Generalnym Gubernatorstwie, w uzupełnieniu dotychczasowych artykułów w tej dziedzinie, poprosiliśmy też p. Dra Wohlraba o przyczynek do tego zagadnienia, który podajemy poniżej.

REDAKCJA

Wydział Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa w roku bieżącym przejął jako dział Państw. Zakładu Higieny w Warszawie pracownię badawczą duru plamistego, powołaną do życia przez p. Prof. Naucka z zakładu Medycyny Tropikalnej w Hamburgu. Poza ogólną pracą badawczą nad biologią wszy (porówn. ogłoszoną w Nr. 2/19 pracę Weyera) oraz lecznictwem, wyznaczono jako zadanie przede wszystkim skierowanie szczególnych wysiłków na wytwarzanie szczepionek przeciw durowi plamistemu.

Dla lepszego zrozumienia pozwalam sobie poprzedzić wywody moje krótkim objaśnieniem: Dur plamisty czyli klasyczny dur osutkowy występuje w Polsce oraz krajach sąsiednich na wschodzie i południu. Zarazkiem jest *Rickettsia Prowazeki*, przenosicielem zaś wesz. Bardzo pokrewną chorobą jest dur plamisty meksykański, wywołany przez rickettsię Moosera. Przy nim wesz nie odgrywa żadnej roli, natomiast pchły pasożytujące na szczurach, oraz myszy i szczury odgrywają rolę przenosiciela; stąd więc nazywa się go również durem plamistym gryzoniów. Schorzenie to rozpowszechnione jest na całym świecie, ale prawie nigdy nie występuje w postaci nagminnej w przeciwieństwie do duru plamistego człowieka. Przebieg duru gryzoniów jest łagodniejszy; brak przede wszystkim ciężkich objawów nerwowych. Przebycie go chroni na ogół przed innymi durami. Do tej samej grupy chorób zaliczamy tzw. gorączki kleszczowe. Przedstawicielem głównym tej grupy jest gorączka Gór Skalistych Am. Półn. oraz grupa schorzeń przenoszonych przez pajęczaki, z napotykaną w Japonii chorobą zwaną *tsutsugamushi* na czele. Również i te dwie grupy są wywołane przez rickettsie, a mianowicie *rickettsia Rickettsii* oraz *rickettsia japonica*. Rickettsie są to podobne do bakterii najmniejsze drobnoustroje, napotykane w stawonogach, a jako zarazki chorobotwórcze zmieniają przy zakażeniu naturalnym swego gospodarza-stawonoga na zwierzęta ssące, nie przechodząc przy tym żadnych zmian rozwojowych. Rickettsie są na granicy widzialności; nie można ich hodować na pożywkach sztucznych. Przy tym zachowują się one jak tzw. *virusy* (zarazki przesączalne), klasa przeważnie niewidzialnych drobnoustrojów chorobotwórczych, które zapewne wskutek bardzo drobnych wymiarów stawiają specjalne wymagania co do warunków życiowych i mogą rozmnażać się jedynie wewnątrz żywych komórek.

Bezsilność lecznictwa wobec duru osutkowego już

wcześnie pobudziła do poszukiwania możliwości zapobiegania mu. Z uwagi na wyłączny udział wszy w przenoszeniu klasycznego duru osutkowego (tyfusu plamistego) już samo zwalczanie wszawicy poddało tę chorobę zupełnie władzy lekarzy. Przyczyną powodzenia niemieckiego sanitariatu podczas wojny światowej były: powszechne odwszawiania oraz odosobnienie z odwszawianiem nie tylko każdego przypadku podejrzanego o dur osutkowy, lecz również wszystkich osób obłożnie chorych z nieustalonej przyczyny oraz wszystkich tzw. przypadków o stwierdzonym kontakcie, dalej ścisła kontrola nad wszystkimi włóczęgami i bezdomnymi na obszarze epidemii. Wyłącznie tymi zarządzeniami **R. Otto,** jako komisarz do walki z durem plamistym, przy pomocy kolumn dezynfekcyjnych uzdrowił Litwę w 1917—1918 roku. Jeżeli stosowanie powszechnych szczepień ochronnych, jak np. przeciw ospie, durowi brzusznemu lub błonicy, nie jest konieczne do zwalczania duru plamistego, to jednak istnieje duża ilość osób, narażonych zawodowo na niebezpieczeństwo zakażenia się, a można je uchronić jedynie skutecznym szczepieniem. Są to lekarze i personel szpitali zakaźnych, oraz osoby stale bliżej stykające się z ludnością zawszoną.

Od wchodzących w grę szczepionek należy żądać ogólnie, aby skuteczność ich dała się sprawdzić doświadczalnie. Sprawdzanie najlepiej odbywa się na świnkach morskich, ponieważ zwierzęta te po zakażeniu doświadczalnym bardzo regularnie chorują na dur plamisty, przy czym uzyskują po chorobie silną odporność na powtórne zakażenie. Dobre szczepionki, np. wytwarzane z wszy lub hodowli na zarodkach kurzych, mogą całkowicie ochronić świnkę przed zachorowaniem.

Po przebyciu duru plamistego u człowieka pozostaje odporność, trwająca zwykle przez całe życie, czyli o sile takiej, jaka jest znana przy chorobach o zarazku przesączalnym, np. ospie. Przy szczepieniu ochronnym wchodzą w rachubę dwie zasadniczo różne drogi uodpornienia: 1) Początkowo prowadzone z wielką nadzieją poszukiwania zmienionej, osłabionej postaci żywego zarazka, który jeszcze wprawdzie posiada własności ochronne, lecz już nie powinien wywoływać choroby (przykładem najbardziej znanym jest szczepienie przeciwospowe, w którym zmieniony w ustroju zwierzęcym co do swej chorobotwórczości dla człowieka zarazek przesączalny powoduje lekką postać ospy, dającą w następstwie pełną ochronę) i 2) droga, którą trzeba iść już od początku tylko wśród dużych trudności technicznych, wytwarzania skutecznej szczepionki z zabitych rickettsii, podobnie do szczepionek bakteryjnych, stosowanych przy durze brzusznym i czerwonce.

Co do pierwszej istnieją trzy możliwości: po pierwsze: wywoływanie stałych zmian u rickettsii, podobnie jak przy *virus fixe* wścieklizny lub przy zarazku ospy krowiej, przez hodowanie w organiźmie zwierząt lub hodowlach tkanek; lub po drugie: uzyskanie metodami fizyczno-chemicznymi osłabienia rickettsii i wywołanego przez nie schorzenia: po trzecie: wykrycie antygenowo równych albo pokrewnych odmian rickettsii, mniej groźnych, lub całkiem bezpiecznych. Co do zmian trwałych zarazka, należy zaznaczyć, że nadzieje te się nie ziściły. Ani w doświadczeniach na zwierzętach, ani w hodowli nie doszło do powstania pożytecznych odmian rickettsii, odpowiednich do wytworzenia szczepionki.

W praktyce francuskiej kolonialnej służby zdrowia znalazły zastosowanie dwie metody szczepienia, opierające się na możliwości osłabienia zarazka zabiegiem fizyczno-chemicznym, lub na osłabieniu początkowych skutków zakażenia (przez działanie magazynowe, przy czym z zastrzykniętego pod skórę większego magazynu stopniowo wydzielają się drobne ilości zarazka, zbyt małe, by mogły wywołać ciężkie zakażenie, ale zato wytwarzające odporność). W Tunisie stosowano szerokie akcje szczepienne szczepionką, zawierającą materiał zakaźny, zemulgowany w żółtku z oliwą, lub otoczony nimi. Przy tym sposobie, jak okazały badania kontrolne w Frankfurckim Instytucie Lecznictwa Doświadczalnego, odporność występuje tylko wtedy, gdy sama szczepionka wywołuje chorobę. O osłabieniu nie może być mowy, a jedynie o rozcieńczeniu wskutek dodania substancyj osłaniających i o skutku długiego czasu przygotowania, przy którym siła zakaźna zmniejsza się wskutek obumierania zarazka. Ten rodzaj szczepienia zarzucono wobec śmiertelnych odczynów poszczepiennych.

W Marokku **Blanc** doprowadził do uzyskania bardzo dobrej szczepionki dla tubylców. Virus świnki morskiej osłabiano działaniem żółci wołowej do tego stopnia, że Marokańczycy otrzymali dobrą ochronę szczepienną bez gwałtownego odczynu ogólnego; jednakże szczepionka ta nie nadaje się dla innych krajów i ras (np. białych w Marokku, Indian w Chile), gdyż nie ujawniło się przy tym osłabienie zarazka, a zdarzały się wypadki śmiertelne. Do tego rozdziału należy wspomnienie o nieudałym zamiarze uodporniania najdrobniejszymi dawkami (poniżej dawki zakaźnej) żywego virusa albo wstrzykiwanie zarazka do wierzchnich warstw skóry (doskórny sposób **Sparrowa**).

Rodzaj obu szczepionek francuskich doprowadził do trzeciej możliwości: szczepienia pełnowartościowymi pod względem odpornościowym, ale mało zakaźnymi typami rickettsii, gdyż przy tym używano szczepów rickettsii gryzoniów, wywołujących tylko lekkie schorzenia u człowieka. Jednakże doświadczenia nasze z tzw. słabo chorobotwórczymi dla człowieka szczepami rickettsii z grupy duru osutkowego są jeszcze bardzo mało zadowalające, a doświadczeń tych jest zbyt mało. Zasadniczo żywy virus gryzoniów chroni przed polskim klasycznym durem osutkowym. Jednak nie zna się z pewnością szczepów rickettsii Moosera zupełnie nieszkodliwych pod względem chorobotwórczym dla ludzi. Dur plamisty mandżurski ma powodować zupełnie niegroźne zakażenia, ale też i przy nim schorzenia, przede wszystkim powikłania płucne, są jeszcze całkiem nieprzyjemne. (W grupie chorób *tsutsugamushi* Japończycy niechorobotwórczym virusem formozańskim (*virus* **Kioto**) uodpornili przeciwko bardzo złośliwej gorączce rzecznej.)

Streszczając, należy powiedzieć, że doświadczenia, przeprowadzone z żywymi szczepionkami, nie miały wyników, dających się zastosować w praktyce.

Pierwsze mało skuteczne szczepionki z zabitymi zarazkami zrobiono z zabitej przez ogrzanie do 60° krwi chorych, później z narządów świnek morskich, zakażonych durem plamistym. Ograniczano się do tego materiału, zawierającego ilościowo mało rickettsii, gdyż uzyskanie wzbogacenia rickettsii w ciele ssaków, a także pozostałe hodowanie rickettsii nie było możliwe. Brak wyniku szczepiennego, lub wynik nieznaczny, przypisywano zwykle nie ilościowo niedostatecznej zawartości zarazków, lecz, ponieważ niemożność hodowania rickettsii jako zarazka zbliżyła je do grupy virusów, rozciągnięto chętnie też ogólny pogląd

o szczepieniach ochronnych przeciw schorzeniom wywoływanym virusami i na rickettsie, że mianowicie dostatecznej odporności nigdy nie zapewnia szczepionka, lecz jedynie przebycie choroby, choćby nawet w osłabionej postaci. Wkrótce wykazano doświadczalnie, że przypuszczenie to odnośnie do duru plamistego jest nie do utrzymania. Już **da Rocha Lima** podczas wojny światowej szczepił w hamburskim Zakładzie Medycyny Tropikalnej świnki morskie z dobrym wynikiem szczepionką z wszy, obfitującą w rickettsie.

Dla szczepionek z zabitych zarazków tymczasem jeszcze ma rozstrzygające znaczenie ilość rickettsii w dawce szczepionki, a poza tym naturalnie także ich zabicie, możliwie bez uszkodzenia. Natomiast zdaje się być bez znaczenia, czy rickettsie pochodzą ze swego naturalnego gospodarza — wszy, czy też pochodzą ze środowiska nie zdarzającego się w naturze, np. z jajka kurzego.

R. Weigl rozbudował uzyskiwanie rickettsii, wypróbowane doświadczalnie przez **da Rocha Limę**, celem masowego sporządzania szczepionki Przede wszystkim przez opracowanie sposobu wprowadzenia rickettsii do odbytnicy wszy, mógł zakażenie wszy uniezależnić od obecności chorych na dur plamisty. Sposób przygotowania szczepionki opisał niedawno na łamach tego pisma Dr. Dr. Eyer z Zakładu dla Badań nad Durem Plamistym w Krakowie. Szczepionka z jelita wszy, wstrzykiwana trzykrotnie w pięciodniowych odstępach, tak w Polsce jak i w Chinach jak najlepiej wytrzymała próbę i daje ograniczoną na przeciąg 1—2 lat ochronę szczepienną, której siła wprawdzie nie osiąga stopnia, jaki daje przebycie choroby, jednakże odporność tę może przezwyciężyć tylko bardzo silne zakażenie, nie napotykane w normalnych warunkach. Kłopotliwość wytwarzania (pomimo całej mechanizacji i szeroko nakreślonej organizacji, nie da się ominąć doodbytnicowego zakażania ponad 100 wszy dla wytworzenia partii szczepionki dla jednego człowieka), skłania do szukania prostszych metod rozmnażania rickettsii.

Hodowla rickettsii w kulturach tkankowych i zarodkach kurzych przedstawia możliwość dalszego rozwoju dla uzyskania obfitego otrzymywania rickettsii. Na sztucznych martwych pożywkach rickettsie chorobotwórcze nie rosną, potrzebują one jako gospodarza, podobnie jak odmiany virusów, dla swego rozwoju żywych komórek całkiem określonego pochodzenia.

Zasadniczo *rickettsia Prowazeki* daje się doprowadzić do stwierdzalnego mikroskopowo rozmnażania w rozmaitych hodowlach tkankowych, tak w kropli wiszącej, jak i w surowicy w kolbkach szklanych, oraz na listkach zarodka kurzego. Zgodnie z doświadczeniami własnymi, żadną z wymienionych metod nie można uzyskać regularnego i silnego rozwoju rickettsii, jakiego potrzebujemy dla szczepionki. Dopiero sposób hodowania rickettsii w woreczku żółtkowym zalęgniętych jaj kurzych, jak to opisał **Cox** dla rickettsii gorączki Gór Skalistych i duru plamistego gryzoniów, dał nam użyteczne ilości rickettsii Provazeka.

W państw. Instytucie Lecznictwa Doświadczalnego we Frankfurcie n/M., na założonym przez R. Otto w r. 1935 oddziale badań nad durem osutkowym, rozpoczęto wytwarzanie wypróbowanej szczepionki przeciw durowi osutkowemu z dobrze zalęgłych jaj kurzych. Oczyszczanie szczepionki okazało się zbyteczne wobec nieznacznych odczynów. Zabicie zarazków następuje, jak przy wszystkich tych szczepionkach, fenolem lub formolem, a ponadto podgrzewaniem przez jedną godzinę do 60°. Ale podgrzewanie to ma wyraźnie szkodliwy wpływ na dobroć szczepionki i ostatnio unika się go. Przy szczepieniu ochronnym wstrzykuje się szczepionkę trzykrotnie w odstępach pięciodniowych.

Skuteczność tej szczepionki, co można stwierdzić u świnki morskiej, jest bardzo dobra; okazuje się, że szczepionka Weigla z rickettsią, pochodzącą z jelita wszy, prawie nie jest skuteczniejszą od szczepionki z hodowli na jajach. Zarazek duru plamistego na jajach niestety rośnie niestale, skutkiem czego jeszcze ciągle musi się wytwarzać szczepionkę metodą Weigla. O ile badania nad rozpuszczalnością i uodparniającymi składnikami rickettsii (być może, iż są to toksyny, dla których nie zna się jeszcze podatnych zwierząt doświadczalnych) posuną się dalej, wówczas można się spodziewać ulepszenia jakościowego szczepionek. Istnieje bowiem możliwość uzyskania działania ochronnego również wyciągami zupełnie prawie wolnymi od rickettsii.

Odporność przeciw durowi plamistemu człowieka, jaką nam daje szczepionka z zabitych rickettsii duru plamistego gryzoniów (Moosera), będzie jednak zawsze niedostateczną, ponieważ zasadniczo odporność poszczepienna jest mniejsza od odporności po przebyciu naturalnej choroby, a powtóre dlatego, że człowiek, uodporniony przez zakażenie rickettsiami Moosera, nabywa przeciw durowi plamistemu (R. Prowazeki) daleko mniejszą odporność, aniżeli naodwrót. U zwierząt ssących rozwój rickettsii Moosera jest dobry, dlatego też zjawisko to jest wykorzystywane w Meksyku do wyrobu szczepionek. Od biedy można by używać tego typu szczepionki do zwalczania naszego duru plamistego, wywołanego zakażeniem rickettsią Prowazeka; dostatecznego wzrostu tej ostatniej w ustroju zwierząt ssących niestety uzyskać nie można.

Resumując, zaznaczyć należy, że szczepienie ochronne przeciw durowi plamistemu opiera się na podobnych podstawach, jak uodpornienie przeciw chorobom bakteryjnym; dalej że szczepionkami o zabitym zarazku uzyskać można ochronę zadowalającą. Na razie trzeba będzie nadal używać szczepionki Weigla, która zastosowana na szeroką skalę wykazała swą skuteczność. Nie wyklucza to jednak poszukiwań dalszych za mniej skomplikowanymi sposobami wytwarzania szczepionek. Widoki powodzenia zdają się mieć hodowle rickettsii Prowazeka na zarodkach kurzych.

W środę, dnia 29. stycznia br. biura Izby Zdrowia w Generalnym Gubernatorstwie będą ze szczególnych powodów zamknięte dla stron.

Z Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

Wskazówki w sprawie badań na nosicielstwo i postępowania z nosicielami

Napisał: Doc. Dr. F. Przesmycki, kierownik Działu Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

Ogólne uwagi o nosicielstwie.

Poza chorymi lub ozdrowieńcami po chorobie, częstym źródłem zakażenia są ludzie zdrowi, którzy posiadają w kale lub w moczu pałeczki duru brzusznego lub durów rzekomych. Pod względem epidemiologicznym zdrowi nosiciele przedstawiają największe niebezpieczeństwo rozsiewania zarazków, gdyż, będąc ludźmi zupełnie pod względem klinicznym zdrowymi, mogą się stykać z dużą liczbą ludzi i — nie zdając sobie z tego sprawy — rozsiewać zarazki, zakażać produkty żywnościowe, wodę i inne przedmioty.

Dlatego też przy opracowaniu planu zwalczania duru brzusznego należy przede wszystkim zwrócić uwagę na nosicieli, jako na główne źródło stałego zakażenia terenu.

Przy durze brzusznym kliniczne wyzdrowienie nie idzie równolegle z zupełnym usunięciem zarazków z ustroju (woreczek żółciowy, jelita, nerki). W ciągu 10 dni od spadku temperatury, odsetek ozdrowieńców, którzy posiadają w kale pałeczki duru brzusznego lub durów rzekomych, wynosi około 10%. W dalszym okresie powrotu do zdrowia odsetek ten spada i w końcu trzeciego miesiąca wynosi 3—5%.

Obecność pałeczek duru brzusznego w kale i moczu w ciągu trzech miesięcy od wyzdrowienia uważamy za **nosicielstwo czasowe,** natomiast obecność pałeczek duru brzusznego w kale i w moczu po 3-ch miesiącach — za **nosicielstwo trwałe,** utrzymujące się przez rok, kilka, kilkanaście lat, a nawet przez całe życie. Występowanie nosicielstwa trwałego łączy się zwykle z umiejscowieniem pałeczek duru wzgl. durów rzekomych w woreczku żółciowym lub znacznie rzadziej w nerkach.

Należy zaznaczyć, że można spotkać pałeczki duru brzusznego w kale i w moczu u ludzi, którzy pod względem klinicznym nie chorowali na dur brzuszny; być może, że przeszli oni tzw. zakażenie utajone.

Zapadnięcie na dur w starszym wieku częściej kończy się nosicielstwem, niż zapadnięcie na dur w wieku młodszym. U kobiet nosicielstwo występuje znacznie częściej niż u mężczyzn.

Wydalanie pałeczek duru brzusznego może być stałe lub okresowe, tzn. że pałeczki duru brzusznego wydalają się co kilka lub co kilkanaście dni, dlatego koniecznym jest badanie kału i moczu kilkakrotnie.

Odsetek zdrowych nosicieli wśród ogółu ludności, zależnie od środowiska, dojść może do 0,6% (duże miasta).

Podstawy prawne postępowania z nosicielami.

Przeprowadzanie badań: Ustawa z dn. 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu: art. 6 (1) a, art. 7 (1) b i c.

Pozbawienie nosiciela prawa wykonywania zawodu, izolowanie go:

Ustawa z dn. 21 lutego 1935 r. o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu: art. 10 (1) c.

Rozporządzenie Min. Op. Społ. z dn. 18 lutego 1937 r. o dozorze nad wyrobem i obiegiem mąki i wyrobów mącznych: § 10 (2).

Rozporządzenie Min. Op. Społ. z dn. 10 grudnia 1936 r. o dozorze nad mięsem i przetworami mięsnymi: § 13 (2).

Rozporządzenie Min. Spr. Wewn. z dn. 21 lipca 1930 r. o dozorze nad wyrobem i obiegiem tłuszczów i olejów jadalnych: § 7 (2).

Rozporządzenie Min. Op. Społ. z dn. 9 grudnia 1932 r. o dozorze nad mlekiem i jego przetworami: § 22 (2).

Instrukcja:

I. Badanie ozdrowieńców na nosicielstwo.

1. Każdy ozdrowieniec po przejściu duru brzusznego lub durów rzekomych powinien być zbadany na obecność pałeczek duru w kale i w moczu.
2. Badanie materiału powinno być dokonane trzykrotnie. Pierwsze próbki powinny być pobrane w trzy dni po spadku gorączki, następne — w odstępach 5—14-dniowych.
3. Jeśli trzykrotne badanie materiału da wynik ujemny, badanie ozdrowieńca można uważać za skończone.
4. Jeśli chociaż jedna próbka da wynik dodatni, należy takiego ozdrowieńca uznać za nosiciela przejściowego i badać dalej co 5—14 dni tyle razy, aby uzyskać pod rząd trzy ujemne wyniki badania.
5. Jeśli w wypadku omawianym w p. 4 nie uda się uzyskać trzech po sobie ujemnych wyników badania w ciągu trzech miesięcy od spadku gorączki, należy ozdrowieńca wciągnąć na listę nosicieli trwałych i badać go co trzy miesiące aż do czasu uzyskania trzech ujemnych po sobie następujących wyników badania.
6. Jeżeli chory leży w szpitalu, materiał do pierwszego i drugiego badania na nosicielstwo pobiera i przesyła szpital, następne próbki przesyła albo szpital albo lekarz powiatowy, który powinien być każdorazowo zawiadamiany przez szpital o wypisaniu ozdrowieńca z nieukończonymi badaniami na nosicielstwo. Ozdrowieniec nie może być wypisany ze szpitala bez dwukrotnego badania kału i moczu.
7. W okresie między spadkiem gorączki a wypisaniem ze szpitala każdy chory na dur powinien być pouczony, że w jego wypróżnieniach znajdują się zarazki choroby i że wskutek tego jest obowiązany do przestrzegania odpowiednich zasad higieny i poddania się badaniom na nosicielstwo.

   Pouczenie i przekonanie chorego (o ile chorym jest dziecko, również jego matki) ma być osiągnięte przy pomocy słownej instrukcji, ulotki, plakatu itp.

   Personel pielęgniarski i służba na oddziałach zakaźnych powinni przejść odpowiednie przeszkolenie.
8. Organizację pobierania dalszych próbek od ozdrowieńców i sposób ich dostarczania pozostawia się do uznania i wyboru lekarzowi powiatowemu.
9. Jeśli chory przebywał chorobę w domu, to próbki do badania na nosicielstwo powinny być pobrane przez lekarza powiatowego.
10. Próbki kału i moczu należy przesyłać w naczyńkach, przystosowanych do tego celu i dostarczo-

nych przez Państwowy Zakład Higieny (próbki moczu — w naczyńkach, służących również do przesyłania krwi). Materiał do badania należy przesyłać możliwie natychmiast po pobraniu, gdyż przetrzymanie go utrudnia wykrycie drobnoustrojów chorobotwórczych.

11. Do każdego kału i moczu należy dołączyć załącznik i wypełnić czytelnym pismem wszystkie rubryki, gdyż ułatwia to ocenę prawidłowości badania.

12. Lekarz powiatowy powinien prowadzić ścisłą ewidencję badań na nosicielstwo, które powinny być gotowe w każdej chwili do okazania wizytującym władzom.

II. Badanie ludzi zdrowych na nosicielstwo.

13. Badanie ludzi zdrowych przeprowadza lekarz urzędowy. Badanie ludzi zdrowych przeprowadza się w pierwszym rzędzie wśród:
a) pracowników wodociągów,
b) pracowników zakładów spożywczych, a w szczególności mleczarni,
c) pracowników szpitalnych,
d) mieszkańców ognisk epidemicznych i endemicznych.

14. Badanie zaczynać należy u ludzi, którzy w ciągu ostatniego pięciolecia przebyli dur brzuszny lub paradury, gdyż ci mają największe szanse być nosicielami; szczególniej należy badać ludzi starszych (kobiety) i osobników ze schorzeniami woreczka żółciowego.

15. Masowe badania na nosicielstwo należy uprzednio uzgodnić z Państwowym Zakładem Higieny.

16. Pobieranie i przesyłanie materiału do badań należy wykonywać stosownie do uwag o przesyłaniu materiału od ozdrowieńców. Na załączniku należy jednak wyraźnie zaznaczyć „nosicielstwo" (zielona pieczątka). Niezaznaczenie tego może spowodować w P. Z. H. mylną opinię o niewłaściwym przeprowadzeniu przez lekarza badania dla celów diagnostycznych.

III. Postępowanie z nosicielami.

17. W razie stwierdzenia nosicielstwa lekarz powiatowy obowiązany jest:
a) pouczyć nosiciela i jego otoczenie o skutkach nosicielstwa i o koniecznych w tych przypadkach zasadach higieny;
b) zaszczepić przeciw durowi brzusznemu rodzinę nosiciela, jego najbliższe otoczenie i środowisko, w którym przebywa przy pracy i które może zarazić;
c) zabronić nosicielowi pracy w jakiejkolwiek dziedzinie związanej z produkcją lub sprzedażą artykułów spożywczych, względnie takiej pracy, której wykonywanie przez nosiciela może zagrażać zdrowiu publicznemu; w razie konieczności — dążyć do izolowania nosiciela.

18. Skreślenie ozdrowieńca z listy nosicieli i przywrócenie mu prawa wykonywania zawodu może nastąpić jedynie z § 3, 4 i 5 rozdziału I niniejszej instrukcji. Jedynie w pewnych wypadkach nosicielstwa trwałego, na prośbę osoby zainteresowanej, lekarz powiatowy może zarządzić częstsze niż co trzy miesiące badanie na nosicielstwo i następnie w wyniku porozumienia się z P. Z. H. (opinia P. Z. H. na piśmie) dopuścić daną osobę w krótszym terminie do wykonywania zawodu.

19. O każdym przypadku nosicielstwa lekarz powiatowy powinien zawiadomić **władze sanitarne** gminy, w której mieszka nosiciel; władza ta winna w dalszym ciągu ściśle współdziałać z lekarzem powiatowym w wykonaniu zarządzeń, jakie przewiduje wobec nosiciela niniejsza instrukcja.

20. W razie przeniesienia się nosiciela do innego powiatu, lekarz powiatowy, dotychczas zajmujący się nosicielem, winien natychmiast zawiadomić o tym lekarza powiatu, do którego przeniósł się nosiciel.

IV. Postanowienia ogólne.

21. Nadzór i kontrola na wykonaniem postanowień niniejszej instrukcji, tak w obrębie szpitala jak i poza szpitalem, należy do lekarza powiatowego.

Z Głównego Urzędu Zdrowia m. Krakowa
Kierownik: Radca san. Dr. Buurman

Wytyczne przy zwalczaniu chorób wenerycznych

Napisał Dr. Jan Stopczański, kierownik Miejskiej Przychodni Przeciwwenerycznej.

Szerzenie się chorób wenerycznych w czasie i po wojnie światowej powodowało tak u nas, jak i w innych krajach, szukanie sposobów zapobiegawczych. Do tych sposobów należało przede wszystkim wprowadzenie pewnych przepisów, obowiązujących całą ludność.

Dlatego już przed dwudziestu laty starano się u nas o wprowadzenie ustawy przeciwwenerycznej. Przedstawiano różne projekty takiej ustawy, ale ustalono, że przed wejściem w życie ustawy koniecznie potrzebne są pewne przygotowania, umożliwiające wykonywanie przepisów ustawy. Dlatego, z równoczesnym powstaniem akcji przeciwgruźliczej, przystąpiono do tworzenia ośrodków zdrowia, w których obok przychodni przeciwgruźliczych, przeciwalkoholowych, jagliczych, znalazły pomieszczenie także i poradnie przeciwweneryczne.

Instytucje, określane jako ośrodki zdrowia, powinny według rozporządzenia Ministerstwa Opieki Społecznej z 15. IX. 1933 obejmować przynajmniej dwa działy pracy, a więc dwie przychodnie, jak gruźliczą i jagliczą, lub inne. Te przychodnie, znajdujące się w jednym ośrodku zdrowia, powinny pozostawać pod jednym kierownictwem lekarskim i mieć wśród personelu przynajmniej jedną pielęgniarkę społeczną. Łączenie kilku przychodni w jednym budynku i powstawanie przez to ośrodków zdrowia było powodowane głównie przez dążenie do tworzenia instytucyj obejmujących całokształt pracy leczniczo-zapobiegawczej w walce z chorobami społecznymi. Oprócz tego miały

przy tym znaczenie i względy oszczędnościowe biorące pod uwagę wydatniejsze wykorzystanie lokalu, światła i opału. I tak też działanie władz administracyjno-lekarskich, jak i możność uzyskania pomocy i opieki lekarskiej dla chorych biednych i bezrobotnych, powodowały powstawanie coraz liczniejszych ośrodków zdrowia. Większość powiatów posiadała ośrodki zdrowia, a z ogólnej liczby 100 miast, mających ponad 15.000 mieszkańców, w 68 miastach utworzono ośrodki zdrowia i do 1. stycznia 1938 roku powstało w Polsce 482 ośrodków zdrowia.

Zadania i obowiązki, jakie by nakładało na społeczeństwo wprowadzenie ustawy przeciwwenerycznej, a mianowicie konieczność dostarczenia biednym i bezrobotnym chorym leczenia i środków leczniczych, powodowało tworzenie także przychodni przeciwwenerycznych i dążenie do zwiększenia pomieszczenia i ilości łóżek w oddziałach szpitalnych, przeznaczonych dla chorych na choroby weneryczne. Organizację przychodni przeciwwenerycznych ujednostajnił statut tych przychodni według wzoru Ministerstwa Opieki Społecznej z 15. IX. 1934. W statucie tym znajdują się postanowienia odnoszące się do zarządu przychodni, zakresu działania, nazwy, zadań, rodzaju udzielania pomocy, personelu, urządzenia wewnętrznego, tak co do sprzętów, jak przyborów i narzędzi lekarskich. Oprócz tego ustala statut organizację wewnętrzną przychodni określając, jakie powinny być kwalifikacje kierowników, którymi mogą być lekarze z trzechletnią praktyką, ale pierwszeństwo mają lekarze wenerologowie. Statut przewiduje oprócz kierownika współpracę lekarzy ordynujących w przychodni, których liczbę w zależności od potrzeb ustala zarząd przychodni. Według tego statutu są ściśle wyznaczone tak obowiązki kierownika przychodni, jak i lekarzy ordynujących w przychodni. Przychodnie są obowiązane zatrudniać pielęgniarki, do których należy, oprócz czynności pomocniczych, staranie się za popomocą wywiadów o uzyskanie dla użytku lekarzy wiadomości o warunkach higienicznych i społecznych, w jakich chorzy się znajdują.

Do zadań przychodni przeciwwenerycznych należy według statutu zwalczanie chorób wenerycznych przez zbadanie i leczenie chorych, zgłaszających się do przychodni. Przychodnie są obowiązane chorych nie nadających się do leczenia ambulatoryjnego kierować do odpowiednich zakładów leczniczych, i dlatego starać się o utrzymywanie łączności w tym kierunku z tymi zakładami. Do zakresu działań przychodni należy propaganda przeciwweneryczna przez udzielanie odpowiednich pouczeń i wskazówek i urządzanie popularnych odczytów o chorobach wenerycznych. Przygotowanie do wprowadzenia ustawy przeciwwenerycznej zaznaczało się corocznym zwiększaniem ilości przychodni przeciwwenerycznych, których liczba w roku 1938 w całym kraju wynosiła 507. Akcja ta, pomimo niewprowadzenia jeszcze w życie ustawy, której ostateczny projekt był już uznany i prawie przyjęty, objęła cały kraj i dała wyniki wyrażające się pewnym zmniejszeniem liczby chorych na choroby weneryczne, zwłaszcza w miejscach działania najlepiej prowadzonych przychodni. Rozporządzenia Generalnego Gubernatora z 22 lutego 1940 r. nie weszły więc na podłoże zupełnie nie przygotowane do tego. Oprócz obowiązku zgłaszania chorych wenerycznie i przymusu leczenia, bardzo ważny dla zwalczania chorób wenerycznych jest umieszczony w rozporządzeniu obowiązek donoszenia o osobach, będących źródłami zakażenia. Ujęcie w przymusowe badanie i ewentualne leczenie osób podejrzanych o zarażanie wprowadza walkę z tymi chorobami na drogę celową, dążącą do znoszenia ognisk zakażenia.

Wykrywanie więc osób zarażających w celu zmuszenia tychże do leczenia ma znaczenie pierwszorzędne w zwalczaniu chorób wenerycznych. Nie można zaprzeczyć, że to zadanie obowiązujące lekarza, do którego chory się zgłosił, nastręcza niejednokrotnie dość znaczne trudności. Wypływają one z nieuświadomienia przeważającej liczby chorych. Świadczą o tym odpowiedzi, jakie lekarz otrzymuje od chorych. Najczęściej wzdragają się oni przed podaniem nazwiska zarażającej dlatego, ponieważ przypuszczają, że tej osobie grozi kara za zarażenie. Potrzeba nieraz długiego tłumaczenia i przedstawiania, jakoteż zapewnienia, że chodzi tylko o wciągnięcie do leczenia, a przez to pomożenie tej osobie do wyzdrowienia. Chorzy zgłaszający się do szpitala lub przychodni przeciwwenerycznej najczęściej podają, jako źródło zakażenia, osoby nieznanego im nazwiska, często nie znają także i adresu. Uwzględniają te braki obecnie obowiązujące doniesienia, które żądają przy osobach niewiadomego nazwiska podania szczegółów odnoszących się do wieku, wzrostu, barwy oczu, włosów a nawet ubrania. Uderzającym jest fakt, że pomimo obecnego wzrostu chorób wenerycznych zmniejsza się stale liczba chorych na rzeżączkę, zgłaszających się tak do lekarzy prywatnie ordynujących, jak i do ambulatoriów i przychodni. Przyczyną tego jest coraz więcej rozpowszechniające się leczenie bez porady lekarskiej preparatami sulfamidowymi, Dagenanem, Ulironem. Jeżeli może tych preparatów nie sprzedaje się już więcej bez recepty w aptekach, to jednak praktykowane jest w niektórych aptekach nie przebijanie stemplem apteki recepty, przepisującej taki preparat. Wskutek tego chociaż jest przez lekarza umieszczone na recepcie zastrzeżenie nie wydawania powtórnie tego środka, zdarza się, że taka recepta służy do wielokrotnego nabywania tego leku nie tylko przez tego, który tę receptę otrzymał, ale w razie potrzeby przez jego znajomych czy kolegów, którzy ulegli zakażeniu rzeżączką. W ten sposób wielka liczba chorych na rzeżączkę leczy się sama, nie zgłaszając się do lekarzy.

Dla wykrycia zakażenia konieczne jest u osoby, podanej przez chorego jako zarażającej, wykazać istnienie danej choroby. Zrozumiałe jest, że to zadanie nie przedstawia się jednakowo, czy chodzi o kiłę czy też o rzeżączkę. Przy podejrzeniu o zakażenie kiłą, przy braku zewnętrznych objawów chorobowych muszą rozstrzygnąć odczyny serologiczne, otrzymane przez badanie krwi. O ile rozpoznanie rzeżączki w okresie wczesnym czy to u mężczyzn czy też u kobiet nie nastręcza wielkich trudności, to w przypadkach dłużej trwającej rzeżączki u kobiet może wykazanie gonokoków przedstawiać dość znaczne trudności. To też w przypadkach, w których badanie mikroskopowe daje wynik ujemny co do obecności gonokoków, a pomimo tego wszystkie dane wskazują na badaną kobietę, jako na źródło zakażenia, nie można poprzestać na badaniu mikroskopowym wydzielin, ale dążyć trzeba do ustalenia rozpoznania za pomocą innych sposobów badania, jak założenie hodowli na pożywkach sztucznych. Niejednokrotnie trudności przy ustaleniu u kobiet rozpoznania rzeżączki dłużej trwającej wymagają umieszczenia podejrzanej o tę chorobę osoby w spostrzeganiu szpitalnym, gdzie

wszystkie sposoby badania mogą znaleźć zastosowanie.

Za krótki dotąd upłynął okres czasu od chwili wydania rozporządzenia z 22 lutego 1940 r., aby można na podstawie danych statystycznych oceniać wyniki tej akcji w zwalczaniu chorób wenerycznych. Opierając się jednak na wynikach, jakie dała organizacja walki z chorobami wenerycznymi w innych krajach, można się spodziewać i u nas znacznego zmniejszenia ilości wypadków tych chorób pod wpływem działania tej akcji.

W dawnej Polsce stosunek liczbowy chorych leczących się dobrowolnie i systematycznie w przychodniach i ambulatoriach szpitalnych przedstawiał się w ten sposób, że przeciętnie na 10, u których rozpoznano kiłę, jeden tylko przeprowadzał całe leczenie aż do zupełnego wyzdrowienia. Dlatego też wprowadzenie przymusu leczenia i wykrywania źródeł zakażania, w celu leczenia tychże, doprowadzi bezwzględnie do ilościowego zmniejszenia chorych wenerycznie. Znacznie pomogłoby w walce z chorobami wenerycznymi i ułatwiło pracę lekarzom większe uświadomienie społeczeństwa o tym, czym są i czym grożą choroby weneryczne. Same krótkie pouczenia, jakich udziela się chorym w poradniach, przychodniach i szpitalach, nie mogą w tym kierunku wystarczyć. Konieczne byłoby zorganizowanie odpowiednich odczytów popularnych, przeznaczonych głównie dla warstw pracujących fizycznie. Takie odczyty były już organizowane przez Ubezpieczalnie Społeczne, więc też powtórzenie tej samej akcji nie powinno natrafiać na żadne trudności. Chociaż odpowiednie przedstawianie żywymi słowami znaczenia społecznego chorób wenerycznych jest najlepszym środkiem przekonywującym i propagandowym, to jednak nie powinno się zaniechać działania na szerokie warstwy społeczeństwa za pomocą wydawania broszur i pism, traktujących popularnie o chorobach wenerycznych. Współdziałanie tych sposobów walki wraz z pracą lekarzy wyda rychło wyniki wyrażające się cyframi w przyszłej statystyce chorób wenerycznych.

Bekanntmachungen
und Verordnungen, die den Gesamtumfang der Gesundheitskammer betreffen

**Gesundheitskammer
im Generalgouvernement
Krakau**

Krakau, am 15. I. 1941

Anordnung Nr. 18.

über die Einrichtung und Regelung des theaterärztlichen Dienstes.

Die Einrichtung ständiger Theater im Generalgouvernement ist im Fortschreiten. Es muß daher schon jetzt vollkommene Klarheit geschaffen werden über die Aufgaben des Theaterarztes. Ich ordne daher für den Dienst der Theaterärzte folgendes an:

1.) Die Regelung des theaterärztlichen Dienstes erfolgt durch den Hauptkreisarzt der Stadt, in welcher das Theater sich befindet.

2.) Der Hauptkreisarzt ist dafür verantwortlich, daß zu jeder Theatervorstellung ein Theaterarzt während der Gesamtdauer der Vorstellung im Theater anwesend ist und, mit dem entsprechenden Instrumentarium versehen, für die erste Hilfe in vorkommenden Notfällen einsatzbereit ist.

3.) Für den Theaterarzt soll im Theater jeweils ein bestimmter Platz zugewiesen werden, welcher den Bediensteten des Theaters ein für allemal als die Stelle bekannt sein muß, an welcher der Theaterarzt erreicht werden kann, falls ärztliche Hilfe gefordert wird. Es ist unzulässig, daß der Theaterarzt sich an einem anderen Platz befindet.

Obwieszczenia
i rozporządzenia dot. całokształtu Izby Zdrowia

**Izba Zdrowia
w Generalnym Gubernatorstwie
Kraków**

Kraków, dnia 15. I. 1941

Zarządzenie Nr. 18.

o utworzeniu i regulacji służby lekarskiej w teatrach.

Zakładanie stałych teatrów w Generalnym Gubernatorstwie postępuje naprzód, toteż już teraz musi się całkowicie wyjaśnić zadania lekarza teatralnego. Odnośnie zatem do służby lekarskiej w teatrach zarządzam co następuje:

1) Działalność lekarzy teatralnych reguluje lekarz powiatowy miasta, w którym znajduje się teatr.

2) Lekarz powiatowy jest odpowiedzialny za to, by na każdym przedstawieniu teatralnym, przez cały czas trwania przedstawienia, w teatrze obecny był lekarz teatralny, zaopatrzony w odpowiednie instrumenty, gotów do udzielenia pierwszej pomocy w zachodzących przypadkach koniecznych.

3) Dla lekarza teatralnego należy każdorazowo przydzielić w teatrze stałe miejsce, które musi być znane pracownikom teatru raz na zawsze jako miejsce, w którym można zastać lekarza teatralnego w przypadku zażądania pomocy lekarskiej. Jest niedopuszczalnym, aby lekarz teatralny zajmował inne miejsce.

4.) Die Aufgabe des Theaterarztes besteht in erster Linie darin, daß er ärztliche Hilfe in den Fällen leistet, in welchen entsprechende Notstände während der Vorstellung bei dem Theaterpublikum oder dem schauspielerischen und sonstigen Personal des Theaters auftreten. Zu den Aufgaben des Theaterarztes gehört nicht die dauernde ärztliche Betreuung der Schauspieler und des sonstigen Theaterpersonals. Die ärztliche Betreuung der Theaterangestellten im weitesten Sinne des Wortes außerhalb der Vorstellung unterliegt, wie jede andere Form der ärztlichen Betreuung, durchaus der freien Arztwahl.

5.) Die Hauptkreisärzte sollen den theaterärztlichen Dienst in der Form organisieren, daß möglichst alle deutschen Ärzte, welche sich dafür interessieren, auch Gelegenheit finden, der Reihe nach die Vergünstigungen des kostenlosen künstlerischen Genusses zu genießen, welche mit dem theaterärztlichen Dienst verbunden sind.

6.) Ärzte, welche zum theaterärztlichen Dienst eingeteilt sind und aus zwingenden Gründen persönlich an der Vorstellung teilzunehmen verhindert sind, haben die Pflicht, von sich aus einen Vertreter zu stellen, welcher den theaterärztlichen Dienst für sie wahrnimmt.

7.) Der Theaterarzt meldet sein Eintreffen im Theater sowie sein Verlassen des Theaters dem Theaterangestellten, welcher die Kartenkontrolle ausübt.

8.) Der Theaterarzt darf das Theatergebäude erst verlassen, wenn das Publikum das Theater geräumt hat.

9.) Die gleiche Anweisung gilt auch für alle theaterähnlichen Veranstaltungen, (Kino, Kleinkunstbühne u. dergl.) sofern für derartige Veranstaltungen ein ärztlicher Dienst unter Gewährung der entsprechenden Vergünstigungen angefordert wird.

10.) Es gehört zu den Aufgaben der Hauptkreisärzte in dieser Beziehung, daß sie gegebenenfalls die Veranstalter von Kinoaufführungen usw. auf die Notwendigkeit der Einrichtungen eines entsprechenden ärztlichen Dienstes hinweisen und den ärztlichen Dienst auch für solche zusätzlichen Fälle organisieren.

Der Leiter
I. V.
Dr. Kroll

4) Zadanie lekarza teatralnego polega w pierwszej linii na tym, że niesie on pomoc lekarską w przypadkach mogących się zdarzyć w czasie przedstawienia u publiczności teatralnej, personalu aktorskiego lub pozostałego personalu teatru. Do zadań lekarza teatralnego nie należy stała opieka lekarska nad artystami dramatycznymi i pozostałym personalem teatralnym. Opieka lekarska nad pracownikami teatralnymi w najszerszym znaczeniu tego słowa poza przedstawieniem opiera się, jak każda inna forma opieki lekarskiej, całkowicie na wolnym wyborze lekarza.

5) Lekarze powiatowi winni zorganizować służbę lekarzy teatralnych w taki sposób, ażeby możliwie wszyscy niemieccy lekarze, którzy się tym interesują, znaleźli sposobność kolejnego korzystania z bezpłatnej rozrywki artystycznej, jaka związana jest ze służbą lekarza teatralnego.

6) Lekarze, którzy zostali przydzieleni jako lekarze teatralni, a z ważnych względów nie będą mogli brać osobiście udziału w przedstawieniu, mają obowiązek sami postarać się o zastępcę, który za nich obejmie służbę lekarza teatralnego.

7) Lekarz teatralny zgłasza swe przyjście jak również opuszczenie teatru kontrolerowi biletów wstępu.

8) Lekarz teatralny może opuścić budynek teatralny dopiero wówczas, gdy publiczność opuściła teatr.

9) Te same przepisy obowiązują także dla wszystkich przedstawień podobnych do teatralnych (kino, rewia itp.) o ile dla tego rodzaju przedstawień zażąda się służby lekarskiej za zabezpieczeniem odpowiedniego wynagrodzenia.

10) Do zadań lekarzy powiatowych należy w tym względzie wskazanie organizatorom widowisk kinowych itd. konieczności urządzenia odpowiedniej służby lekarskiej oraz zorganizowania jej w podobnych wypadkach.

Kierownik
w z.
Dr. Kroll.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.

Wpłat na prenumeratę naszego czasopisma, uiszczanych wprost do Izby Zdrowia, nie będzie się odtąd przyjmować.

CENNIK OGŁOSZEŃ

KOLUMNA OGŁOSZENIOWA: wysokość 280 mm, szerokość 186 mm. 1 kolumna obejmuje 2.240 wierszy mm, 1 łam ma szerokość 22 mm.

CENA ZASADNICZA DLA OGŁOSZEŃ:

1/1 kolumna	Zł 537·60
1 mm w 1 łamie . . .	0·24

OPUSTY:

przy wielokrotnym ogłoszeniu:

3 krotne	3%
6 „	5%
12 „	10%
24 „	15%
52 „	20%

zależnie od wielkości ogłoszenia:

1000 mm	3%
3000 „	5%
5000 „	10%
10000 „	15%
20000 „	20%

DOPŁATY:

2 strona okładki	75%
3 i 4 strona okładki . . .	50%
ogłoszenie pod tekstem . .	75%
na miejscu zastrzeżonym . .	25%

POSZUKIWANIE PRACY:

za słowo	Zł. 0·20
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·40

WOLNE POSADY:

za słowo	Zł 0.40
słowo tłustym drukiem . . .	„ 0·80

Przy szyfrowanych ogłoszeniach prywatnych i poszukiwaniu pracy pobiera się Zł 1·50, opłaty manipulacyjnej.